



MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS EN FASE LEVE-MODERADA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Alumna: Amanda del Rocío Sallago Marcos

Tutor: Álvaro Rodríguez

Trabajo de Fin de Grado

Modalidad 4. Proyecto de emprendimiento

Grado en psicología

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Cádiz

Junio 2020

Índice

Resumen/abstract	2
Introducción	4
Fundamentación teórica	5
Envejecimiento	5
Demencias	7
Enfermedad de Alzheimer	8
Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer	13
Musicoterapia	14
Justificación de la intervención	19
Objetivos del programa	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
Diseño del programa	21
Descripción general del programa	22
Personas destinatarias	23
Criterios de inclusión y exclusión	24
Centro destinatario	24
Temporalización concreta	25
Desarrollo de las sesiones	25
Recursos	36
Evaluación del programa	37
Conclusiones	38
Referencias bibliográficas	40
Anexos	46

Resumen

El proceso de envejecimiento es un hecho normal en todos los seres humanos, dándose este mismo desde el momento de la concepción de la persona hasta la muerte, es decir, se encuentra presente a lo largo de todo el ciclo vital. Del mismo modo, se aprecia que desde las últimas décadas se ha establecido un cambio en la pirámide poblacional, de manera que existen elevadas tasas de ancianidad y esperanza de vida, así como un decremento en cuanto a las tasas de natalidad y mortalidad. La consecuencia de ello es que, al existir un mayor número de personas ancianas, existe también una alta probabilidad de padecer enfermedades características de esa edad, como pueden ser las demencias, siendo, además, la enfermedad de Alzheimer la demencia más común. Por ende, son muchos los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos existentes destinados a paliar la sintomatología derivada de dicha enfermedad, de manera que, el trabajo que se muestra a continuación presenta la finalidad de actuar sobre la sintomatología emocional de la enfermedad de Alzheimer, a partir de un tipo de terapia no farmacológica: la musicoterapia.

Palabras clave: envejecimiento, demencia, enfermedad de Alzheimer, terapia no farmacológica y musicoterapia.

Abstract

The aging process is normal in all human beings, occurring from the moment of the person's conception until death. It is present throughout the entire life cycle. Similarly, it can be seen that since the last decades a change has been established in the population pyramid. So that, there are high rates of old age and life expectancy, as well as a decrease in birth and death rates. The consequence of this is that, as there are a greater

number of older people, there is also a high probability of suffering from characteristic diseases of that age. Dementias, or being Alzheimer's disease are the most common dementia. Therefore, there are many pharmacological and non-pharmacological treatments specified to alleviate the symptoms derived from this disease, so the present assignment shown the purpose of act on the emotional symptoms of Alzheimer's disease, starting from of a type of non-pharmacological therapy: music therapy.

Keywords: aging, dementia, Alzheimer's disease, non-pharmacological therapy and music therapy.

Introducción

El proyecto de emprendimiento que se va a mostrar a continuación se fundamenta en la importancia que la música como terapia no farmacológica presenta en la enfermedad de Alzheimer (EA), produciendo esta misma beneficios en diversas áreas, como pueden ser la cognitiva, social, fisiológica, espiritual y, fundamentalmente, emocional. A partir de todo ello, se considera imprescindible resaltar tanto el concepto de enfermedad de Alzheimer -con sus características más relevantes- como la denominación de la musicoterapia.

Con respecto a la estructura de dicho proyecto, este se divide en tres bloques, cada uno de ellos formado por una diversidad de apartados bien diferenciados. En primer lugar, se encuentra un marco teórico, con su respectiva justificación de la intervención. A continuación, a lo largo del segundo bloque, se proponen una serie de actividades relacionadas con la música para, de este modo, poder solventar algunos de los síntomas más característicos que se dan durante la fase leve-moderada de la enfermedad de Alzheimer, que, fundamentalmente, son a nivel emocional. Por último, el tercer bloque se caracteriza por presentar una evaluación del presente proyecto de emprendimiento.

Al especificar cada uno de los tres bloques comentados anteriormente, se observa que el primero de ellos se basa principalmente en dar a conocer el concepto de envejecimiento y demencia, destacando que las tasas más altas de esta última suelen estar relacionadas con la enfermedad de Alzheimer. A continuación, y haciendo hincapié en esta misma, se menciona cuáles son las diferentes etapas por las que pasa una persona con esta enfermedad, detallando los síntomas que se encuentran presentes a lo largo de cada una de las fases. Asimismo, también es importante dar a conocer al lector o a la lectora del presente programa de emprendimiento los diversos tipos de

terapias farmacológicas y no farmacológicas que existen para subsanar los posibles problemas que pueden ir surgiendo a lo largo de la enfermedad de Alzheimer, destacando así la importancia de la musicoterapia en cuanto a la sintomatología emocional. Por otro lado, el segundo bloque se fundamenta especialmente en proponer un programa en el que queden incluidas una serie de actividades musicales para poder llevar a cabo con este tipo de usuarios y usuarias con el fin de fomentar su bienestar emocional, de modo que se describirán cada una de las sesiones que van a componer dicho programa, así como los días estimados para que estas sean llevadas a cabo y las personas y el centro destinatario donde se van a implantar. Posteriormente, la parte de evaluación se ha llevado a cabo con la finalidad de conocer si los diversos objetivos que se han propuesto a lo largo del programa se han cumplido, de manera que se verificará esto último a partir de una serie de determinados instrumentos.

Para dar fin a la presente introducción, se añade que el programa de emprendimiento finaliza con una serie de diversas conclusiones, referencias bibliográficas y los correspondientes anexos.

Fundamentación teórica

Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno que se encuentra presente durante todas las etapas del ciclo vital de las personas, es decir, desde el momento en el que se produce la concepción, hasta la muerte (Alvarado y Salazar, 2014). A pesar de ello, este se hace más evidente después de la madurez (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016). De esta manera, se trata de un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que da lugar a una multitud de cambios de origen morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y

psicológicos (Alvarado y Salazar, 2014). Estos cambios, a su vez, van a conllevar a una limitación de la capacidad de adaptación del organismo al medio en el que vive (Organización Mundial de la Salud, 2018). Asimismo, el significado de este va a depender de la connotación que le de cada cultura, pudiendo así dar lugar a interpretaciones erróneas y mitos negativos acerca de su concepto real, pues, a pesar de que es un hecho conocido por todos y todas, resulta complicado ser aceptado por la mayoría de las personas (Alvarado y Salazar, 2014), asociándose este término a una etapa en la que los seres humanos pasan de tener un elevado bienestar físico, social y mental a la más extrema decadencia (Sarabia, 2009). Por todo ello, se afirma que el envejecimiento es una construcción social (Alvarado y Salazar, 2014).

A la hora de hacer referencia a las teorías que hablan acerca de este concepto, se encuentra que las teorías psicológicas y las teorías sociales son las más destacadas. Por un lado, las teorías psicológicas han puesto su foco de atención en aspectos como la cognición, la personalidad y la capacidad de manejo de las personas y, por otro, las teorías sociales intentan comprender y predecir si la adaptación de los adultos mayores en la sociedad en la que viven ha resultado satisfactoria o, por el contrario, no se han producido correctamente (Alvarado y Salazar, 2014).

En cuanto a las tasas de envejecimiento, se aprecia que durante las últimas décadas se están produciendo importantes cambios a nivel sociodemográfico en los países desarrollados (Sánchez, Barranco, Millán y Fornies, 2017) dando todo esto lugar a que, en el siglo actual, el envejecimiento de la población sea considerado como un fenómeno social de elevado impacto (Alvarado y Salazar, 2014). Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística (INE), prevé que en el año 2050 la población de personas mayores de 65 años sufrirá un aumento, representando el 36.8% de la población total, y haciendo esto

que España se convierta en uno de los países más viejos dentro de la unión europea, concretamente, el quinto (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016). Esto lleva a entender que existe un incremento de la esperanza de vida, pero también una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, conllevando pues, a un envejecimiento generalizado de la población (Sánchez, Barranco, Millán y Fornies, 2017).

Demencias

El resultado del incremento de las tasas de ancianidad que se ha producido desde los últimos años, ha conllevado a que la demencia sea una de las patologías más asociadas al envejecimiento (de la Rubia, Sancho y Cabañés, 2014) dando todo esto lugar a un problema a nivel universal (Hsu, Hwang, Chen y Chen, 2017), principalmente en aquellas sociedades que son más más avanzadas y envejecidas (Solé, Mercadal-Brotons, Castro y Asensio, 2017), ya que presentan una elevada repercusión económica (Fuentes y Slachevsky, 2005). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud, destaca que, anualmente, se detectan un total de 10 millones de nuevos casos de demencia a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019), y se estima que existen unos 35,6 millones de personas afectadas por esta enfermedad (García-Casares, Moreno-Leiva y García-Arnés, 2017).

Referente a este término, se puede afirmar que la demencia es un síndrome incluido dentro de las enfermedades neurodegenerativas (Organización Mundial de la Salud, 2019) y definido por el deterioro de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento o juicio) (Llibre y Guerra, 2002). Esto a su vez conlleva a trastornos de conducta e interfiere en la capacidad para llevar a cabo de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), produciéndose así una elevada dependencia en la persona (Organización Mundial de la Salud, 2019). Con todo ello, se

puede afirmar que la demencia presenta un carácter crónico y progresivo y que, además, se puede clasificar en demencias corticales y subcorticales (Beteta, 2004), representando la enfermedad de Alzheimer la demencia cortical más común, ocupando entre el 60-90% de todos los casos de demencia (American Psychiatric Association, 2013), y estimándose que estas cifras asciendan hasta los 115,4 millones para el año 2050, dándose un índice superior en el caso de las mujeres, debido a que estas presentan una mayor esperanza de vida (Vink, Birks, Bruinsma y Scholten, 2004).

Enfermedad de Alzheimer

Con respecto a la enfermedad de Alzheimer, esta fue descrita en el año 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, quién siguió la sintomatología clínica de una persona que comenzó a padecer demencia a los 51 años (Pérez, 2005). Esta misma, se conoce como un trastorno neurodegenerativo primario, cuya evolución es relativamente lenta y su causa es mayoritariamente desconocida (Herrera-Rivero, Hernández-Aguilar, Manzo y Aranda-Abreu, 2010). La enfermedad de Alzheimer presenta principalmente dos tipos de alteraciones, como son las cognitivas y las conductuales (Muñoz, 2018), de manera que se caracteriza por una afectación de la memoria, el pensamiento, la conducta y la capacidad para llevar a cabo las diversas actividades que se relacionan con la vida diaria (Herrera-Rivero, Hernández-Aguilar, Manzo y Aranda-Abreu, 2010). Todo esto, lleva a saber que cuando la persona presenta esta enfermedad, el principal y más pronunciado síntoma es la falta de memoria, produciéndose un empeoramiento de esta a medida que la enfermedad va avanzando, pues la persona llega a experimentar problemas perceptivos o del lenguaje (Berciano, 2006), finalizando en sus últimas fases con la pérdida de la marcha, el control de los esfínteres (Lopera, 2004) e incluso la falta de reconocimiento de los familiares (Romano, Nissen, Del Huerto y Parquet, 2007).

Detallando la enfermedad, se concluye que esta cursa por una serie de diferentes estadios, concretamente, estos pueden dividirse en tres, presentándose en cada uno de ellos diversos signos y síntomas (Romano, Nissen, Del Huerto y Parquet, 2007). Durante la fase inicial, la persona presenta una sintomatología leve, con lo cual, es capaz de realizar correctamente las actividades -como el aseo personal-, necesitando supervisión en la puesta en práctica de las tareas más complejas -como el manejo económico-. Asimismo, en esta fase se aprecian notables déficits cognitivos y una elevada afectación de la personalidad y la conducta (Berciano, 2006; Oviedo, Britton y Villareal, 2016). En la fase intermedia, los síntomas que se presentan tienen una gravedad medianamente moderada y el enfermo o la enferma depende de la persona cuidadora para realizar las tareas habituales. Finalmente, durante la fase terminal, la enfermedad se sitúa en un estado ya avanzado, de manera que la persona enferma de Alzheimer presenta una dependencia total, viéndose afectadas, como ya se mencionó anteriormente, actividades como la marcha, el control de esfínteres o la deglución (Berciano, 2006). Con todo ello, es necesario aclarar que la evolución de la enfermedad es independiente en cada caso, de manera que no se produce siempre de igual forma, dándose ocasiones en las que afecta de modo más o menos rápido, e incluso otras en las que hay una mezcla de signos y síntomas en los diversos estadios (de la Rubia, Sancho y Cabañés, 2014).

En cuanto a las características clínicas que se pueden experimentar a lo largo de esta enfermedad, y como se ha mencionado anteriormente, se puede afirmar que destacan las alteraciones a nivel cognitivo y conductual (Muñoz, 2018). En primer lugar, cuando se produce una alteración de la cognición se encuentra el concepto de *Triple A* o *Triada afasia-apraxia-agnosia*, en el cual se produce un deterioro para realizar las actividades

relacionadas con la comprensión, denominación, fluidez o lectoescritura; así como incapacidad para llevar a cabo movimientos coordinados y una dificultad tanto a nivel perceptivo como espacial (Romano, Nissen, del Huerto y Parquet, 2007). Por otro lado, haciendo referencia a las alteraciones conductuales, se aprecia que los síntomas derivados de estas pueden provocar la pérdida de la calidad de vida de la persona enferma (García-Alberca, Lara y Berthier, 2010), siendo muy común los trastornos del sueño, la irritabilidad, alteración motora, ansiedad, depresión y labilidad emocional.

Con respecto a los trastornos del sueño, es muy habitual que la persona con enfermedad de Alzheimer presente modificaciones en cuanto a las características del mismo, pues su actividad durante las horas diurnas es muy reducida, con lo cual no necesitan elevadas horas de descanso cuando llega la noche, ya que no se muestran cansadas. Asimismo, estos trastornos del sueño pueden también estar relacionados con la desorientación que muestra la persona durante las fases de esta enfermedad, pues no se encuentran orientados ni orientadas en el tiempo, con lo que les resulta difícil comprender el momento del día en el que se encuentran (Sagasti y Bernaola, 1998; Peña-Casanova, 1999a), pudiendo todo esto conllevar a consecuencias negativas para llevar a cabo las tareas diarias con normalidad (Benetó, 2000). En cuanto a la irritabilidad, es muy habitual que la persona se muestre de manera ansiosa y colérica, con lo cual hacen empleo de los gritos y pueden darse ocasiones en las que se discuta de manera constante, llegando incluso a mostrar quejas e insultos contra la persona cuidadora. Esto, a su vez, puede justificarse por el hecho de que una persona que presenta dicha enfermedad ha perdido casi por completo su nivel de conciencia, con lo cual presenta una desadaptación casi completa (Peña-Casanova, 1999a). Haciendo hincapié en la actividad motora, se comprueba que el paciente o la paciente muestra una elevada

inquietud, paseos irrelevantes de un lugar a otro e incluso deambulaci3n errante o vagabundeo. Relacionado con esto, encontramos el fen3meno de *acatisia*, conocido como un tipo de ansiedad motora que hace que la persona presente problemas para permanecer parada en alg3n lugar concreto, de manera que se muestra intranquila y caminando de manera constante, incluso en aquellas ocasiones en las que necesitan ayuda para hacerlo. En cuanto a la depresi3n, esta se encuentra presente de forma muy frecuente durante las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer, produciendo un malestar emocional y existiendo incluso ocasiones en las que la persona puede presentar depresi3n antes de que se produzca la demencia (Donoso, 2003). El hecho de que este fen3meno aparezca durante los primeros estadios de la enfermedad puede ser debido a que la persona presenta una consciencia total de que se est3 produciendo p3rdidas en cuanto a sus capacidades, as3 como de que la enfermedad por la que est3 atravesando es grave e incurable. No obstante, esto no llega a producirse en todos los casos, pues hay veces en las que los pacientes y las pacientes no son conscientes de los problemas que les acapara, conoci3ndose este fen3meno como *anosognosia* (Peña-Casanova, 1999a). Con todo ello, algunos estudios muestran que la aparici3n de la depresi3n durante la enfermedad puede variar, d3ndose cifras de entre un 40-50% (Da Silva, Carvalho y Ramos, 2019) y consider3ndose que estas son de vital importancia, pues solo un 15% de la poblaci3n mayor presenta depresi3n (Peña-Casanova, 1999a). Durante esta etapa, la persona manifiesta frecuentemente llantos y sentimientos de culpa, pues se percibe a s3 misma como una carga para sus cuidadores y cuidadoras. Asimismo, es muy habitual la tendencia a la anhedonia o dificultad para experimentar placer, as3 como p3rdida de la iniciativa (Donoso, 2003), coincidiendo la mayor3a de los estudios en que la apat3a es el s3ntoma que m3s prevalece, observ3ndose esta en m3s del 50% de los casos (Garc3a-

Alberca, Lara y Berthier, 2010). Relacionado con ello, es importante destacar que las personas con enfermedad de Alzheimer no suelen presentar ideas de suicidio, pues no tienen la capacidad cognitiva para planificar su muerte. Aun así, esto puede llegar a ocurrir, dándose ocasiones en las que llegan a autolesionarse. Por otro lado, se comprueba que estos pacientes y estas pacientes tienden a mostrar inestabilidad en sus emociones, de manera que estas pueden oscilar de un extremo a otro. Asimismo, estudios muestran que la ansiedad afecta a aproximadamente el 40% de los casos, de modo que la persona manifiesta sentimientos de temor, dificultad a la hora de concentrarse y elevados estados de alerta. No obstante, también es importante mencionar que, durante las alteraciones conductuales, se produce un trastorno de la conducta alimentaria, alteraciones a nivel sexual, cambios en la personalidad, delirios y alucinaciones, así como un empeoramiento al anochecer, siendo muy interesante este último punto, pues, diversos estudios muestran que conforme va anocheciendo, se va produciendo un empeoramiento de los síntomas de la enfermedad, fenómeno conocido por el nombre de *sundowning* (Peña-Casanova, 1999a).

Con respecto a la etiología, se concluye que actualmente se desconoce la causa que da lugar a la enfermedad de Alzheimer (Oviedo, Britton y Villareal, 2016). Asimismo, es importante destacar que existen una serie de factores de riesgo que pueden estar relacionados con el padecimiento de esta enfermedad, como son la edad, el hecho de ser mujer o la historia familiar. Por otro lado, algunos elementos relacionados con la etiología de dicha enfermedad pueden ser los factores genéticos y ambientales, la lesión de los ovillos neurofibrilares debido a la agregación anormal de proteínas tau, el exceso de amiloide en las placas seniles y la disminución de la actividad colinérgica (Peña-Casanova, 1999b).

Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

Con respecto al tratamiento utilizado para la sintomatología derivada de la enfermedad de Alzheimer, actualmente no existe ninguno que trate de manera completa esta enfermedad (de la Rubia, Sancho y Cabañés, 2014). A pesar de ello, existen una serie de terapias farmacológicas (TF), así como otras no farmacológicas (TNF) que intentan actuar sobre la misma, siendo necesario un abordaje multidimensional donde ambas queden incluidas, atendiendo de este modo, a las necesidades tanto de las personas enfermas como cuidadoras (Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla, González-López-Arza, Rodríguez-Domínguez y Prieto-Tato, 2013). En primer lugar, en cuanto al tratamiento farmacológico, estos se emplean con el objetivo de actuar sobre los síntomas cognitivos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer, siendo el donepecilo, la rivastigmina o la galantamina los más usados en la sintomatología cognitiva, y diversos antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos los adecuados para tratar los síntomas a nivel conductual. Por otro lado, es necesario recalcar que, a pesar de que las TF han sido las más empleadas desde los últimos años, actualmente se considera necesario que esta esté acompañada de la TNF, pues la TF trae consigo algunos efectos secundarios, como pueden ser diarrea, náuseas, insomnio, fatiga o pérdida de apetito (Herrera-Rivero, Hernández-Aguilar, Manzo y Aranda-Abreu, 2010; Hsu, Tsai, Hwang, Chen y Chen, 2017). Por ello, la TNF empleada puede variar, siendo usadas una diversidad de técnicas como pueden ser la reminiscencia -haciendo que las personas sean capaces de recordar acontecimientos importantes y positivos de su vida, dando esto lugar a un aumento de la autoestima-, la arteterapia -haciendo uso de diversos materiales artísticos para potenciar la comunicación y expresión de los sentimientos-, la actividad física -mejorando el funcionamiento a nivel cardíaco y

respiratorio-, la musicoterapia (Hsu, Tsai, Hwang, Chen y Chen, 2017), las técnicas de orientación a la realidad o la intervención cognitiva, entre otros (Peña-Casanova, 1999c). Con ello, se afirma que la TNF se emplea con la finalidad de fomentar la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas con enfermedad de Alzheimer, a partir de la reducción de la sintomatología conductual (Muñoz, 2018).

Musicoterapia

Haciendo más hincapié en la musicoterapia, esta se percibe como la aplicación de la música dentro del ámbito de la terapia, con el objetivo de fomentar la salud y el bienestar físico y psíquico de las personas (Poch, 2001), promoviendo de este modo cambios a nivel cognitivo, emocional, psicofisiológico, espiritual y social (Sánchez, Barranco, Millán y Fornies, 2017). Con ello, la Federación Mundial de la Musicoterapia considera a esta misma como el empleo científico de la música y de sus elementos, como pueden ser el sonido o el ritmo (Barbarroja, 2008; Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla, González-López-Arza, Rodríguez-Domínguez y Prieto-Tato, 2013). Por otro lado, diversos estudios afirman que esta es un método en el cual resulta imprescindible el papel de la empatía, la comunicación y la adecuada relación entre el terapeuta o la terapeuta con sus pacientes, para que así se promueva el estado de bienestar (Poch, 2001). Se considera entonces que, gracias al efecto de la música, las personas son capaces de encontrar sus propios sentimientos y percibir el cambio positivo en el estado anímico de las mismas, mejorando así las habilidades de socialización (Barbarroja, 2008). Relacionado con esto, la terapia a través de la música puede ser empleada en diversos ámbitos y en distintas poblaciones, pues se hace uso de esta misma en contextos médicos, educativos e incluso en la vida cotidiana de los seres humanos (Solé, Mercadal-Brotons, Castro y Asensio, 2017), yendo destinada a

poblaciones donde las personas no presentan ningún tipo de problema o, por el contrario, tienen algún trastorno mental, emocional o físico (García, 1989) y presentando un concreto interés en la población anciana (Sequera-Martín, Miranda-Pereda, Massegú-Serra, Pablos-Hernández y González-Ramírez, 2015). Por otro lado, se observa que existen diferentes tipos de musicoterapia, entre los que se encuentra la activa, la pasiva o la mixta, entre otras. Haciendo alusión a cada una de ellas, cuando se habla de musicoterapia activa -y como su propio nombre indica-, la persona ejerce un papel activo en las actividades, de modo que canta, baila y toca los instrumentos; durante la musicoterapia pasiva la persona se centra en percibir la música que le llega a través de los sentidos, sin llevar a cabo ningún movimiento. La mixta, por su parte, combina ambos elementos (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016). Asimismo, es importante recalcar que, independientemente del tipo que se use, la terapia puede ser puesta en marcha de forma grupal o individual (Solé, Mercadal-Brotons, Castro y Asensio, 2017), siendo también relevante la forma verbal o no verbal, aclarando que, en esta última, la persona encargada de llevar a cabo la sesión tendrá en cuenta únicamente las expresiones faciales de los usuarios y de las usuarias (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016).

Existen diferentes estudios que han tratado de demostrar la eficacia que presenta el empleo de la terapia con música en personas con demencia, coincidiendo la mayor parte de ellos en que los efectos producidos a nivel cognitivo, social, fisiológico, espiritual y psicológico son positivos. Tanto es así que se han dado casos en los que personas que presentan enfermedad de Alzheimer, muestran ciertas reticencias a gran parte de tratamientos no farmacológicos, experimentando una mayor adherencia al mismo cuando de musicoterapia se trata. Probablemente, el motivo de este hecho sea debido a

que cuando se lleva a cabo este tipo de terapia, las personas experimentan sentimientos de familiaridad y seguridad, lo que conlleva a que se produzcan mayores sensaciones positivas y esto, a su vez, un aumento del bienestar (Torres, Goicoechea y Bravo, 2016). En primer lugar, a nivel cognitivo se ha demostrado que a partir de la música las personas aumentan la capacidad para retener información en su memoria tanto a corto como a largo plazo, conllevando todo esto también a un progreso en cuanto a la orientación y la atención (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016). Por otro lado, se observa que se produce una mejoría en el funcionamiento cardíaco y en los niveles de respiración, con lo que se deduce que la musicoterapia también contribuye de manera positiva en la dimensión fisiológica (Torres, Goicoechea y Bravo, 2016). En cuanto a la espiritualidad de las personas, existen estudios que demuestran que el hecho de escuchar música conlleva a una mayor serenidad y felicidad, lo que a su vez hace que estas puedan darles sentido a sus vidas. Haciendo referencia al lenguaje -y aclarando que conforme la enfermedad de Alzheimer va avanzando se produce un deterioro del mismo- se ha demostrado que el mero hecho de escuchar música puede estimular las capacidades comunicativas de estas personas (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016). Asimismo, se concluye que cuando se realizan actividades con música se produce una mayor comunicación e interacción social entre los componentes y las componentes, de manera que esto va a conllevar a un aumento en la cohesión grupal, disminuyendo la tendencia al aislamiento que en ocasiones pueden sufrir las personas con esta enfermedad (Denis y Casari, 2014; Ordoño, Fernández y Fernández, 2016; Torres, Goicoechea y Bravo, 2016).

Es importante añadir que el ámbito que mayor atención ha recibido en cuanto a la musicoterapia es el emocional, pues gran cantidad de estudios intentan investigar la

influencia que produce esta misma en la sintomatología afectiva de las personas con enfermedad de Alzheimer (García-Casares, Moreno-Leiva y García-Arnés, 2017), ya que se considera que este tipo de terapia aporta gran cantidad de beneficios en cuanto a esta enfermedad, dando lugar al afloramiento de sentimientos y emociones (Yáñez, 2011) y resultando ser un medio eficaz para conocer las causas que han llevado a que la persona presente depresión o ansiedad (Oliva y Fernández de Juan, 2004). Dichos estudios pretenden dar respuesta a cómo, a partir de la música, las personas que se encuentran en la fase leve-moderada de la enfermedad y que presentan un estado de ánimo deprimido o ansioso, experimentan una mejora en cuanto a su bienestar, pues aumentan los pensamientos positivos y disminuyen los negativos (Muñoz, 2018).

Relacionado con esto, se encuentra que numerosas investigaciones coinciden en que la musicoterapia conlleva a que las personas conecten con sus sentimientos, de manera que son capaces de compartir y expresar sus emociones (Torres, Goicoechea y Bravo, 2016) haciendo esto que se produzca un aumento en la autoestima (Sánchez, Barranco, Millán y Fornies, 2017). Asimismo, se originan efectos beneficiosos en cuanto a la ansiedad, la depresión, la apatía o el estrés, coincidiendo la mayoría de los estudios en que gracias a este tipo de terapia no farmacológica disminuye de manera considerable las puntuaciones en depresión, apatía y ansiedad (Ordoño, Fernández y Fernández, 2016), siendo las personas con enfermedad de Alzheimer capaces de expresar más emociones agradables -alegría o amor- que desagradables (Solé, Mercadal-Brotons, Castro y Asensio, 2017).

Con todo ello, cabe mencionar que, a pesar de que este tipo de tratamiento es eficaz en diferentes esferas de las personas con demencia, pudiendo incluso ralentizar el proceso de la enfermedad, no es un método que presente capacidades curativas, ni

mucho menos que se pueda llevar a cabo por sí solo, es decir, únicamente forma parte de un proceso terapéutico (Barcia-Salorio, 2009; Denis y Casari, 2014).

No obstante, a la hora de realizar actividades relacionadas con la música, hay que tener en cuenta una serie de características que pueden influir en la mejoría de todos los aspectos comentados anteriormente. En primer lugar, numerosas investigaciones coinciden en que la música conocida presenta mejores resultados que la música desconocida, de tal modo que si le presentamos a la persona con enfermedad de Alzheimer algún tipo de música que ha sido significativa a lo largo de su historia vital, conlleva a un mayor estado afectivo y de bienestar (García-Casares, Moreno-Leiva y García-Arnés, 2017), pues estas mismas van a experimentar emociones que creen que han sido olvidadas (Denis y Casari, 2014). Con ello, es importante añadir que las canciones no deben presentar incongruencias con el estado de ánimo que actualmente presente la persona que va a recibir la sesión, pues no sería capaz de conectar dicha melodía con su propio estado de ánimo y perdería la atención rápidamente (Barbarroja, 2008). Asimismo, se considera que cuando las sesiones son impartidas de forma grupal, se abren los canales de comunicación entre los miembros, produciendo esto una mayor socialización y, por ende, un aumento en la autoestima (Torres, Goicoechea y Bravo, 2016), pues a través de las mismas se forma un ambiente favorable para la expresión de las emociones (Oliva y Fernández de Juan, 2006). Finalmente, se considera más conveniente emplear una musicoterapia de tipo activa, pues las investigaciones concluyen que el empleo de esta misma produce una mayor implicación y participación en los pacientes y en las pacientes, fomentando así el estado de ánimo (García-Casares, Moreno-Leiva y García-Arnés, 2017).

A modo de conclusión, se afirma que cuando una persona presenta demencia, experimenta una serie de síntomas a nivel cognitivo y conductual, siendo muy habitual la alteración del estado de ánimo -fundamentalmente en las primeras fases de la enfermedad-. Para ello, es importante poner en marcha un tratamiento multidisciplinar en el que queden incluidas técnicas tanto farmacológicas como no farmacológicas, siendo de gran utilidad la musicoterapia, pues los beneficios de esta misma se pueden mantener hasta fases avanzadas de la enfermedad de Alzheimer (Gómez-Romero, Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla, Flores-Nieto, Garrido-Ardila y González-López-Arza, 2017).

Justificación de la intervención

Como ya se ha comentado a lo largo del presente marco teórico, el hecho de que se haya producido un cambio a nivel sociodemográfico ha conllevado a un aumento en cuanto a las tasas de envejecimiento (Díaz, Lemos y Justel, 2019), dando todo esto lugar a que, en la actualidad, alcanzar edades avanzadas se encuentre dentro de la normalidad. No obstante, muchas de las personas que llegan a esta etapa de la vida presentan una serie de desórdenes a tanto a nivel físico como mental, de forma que un elevado porcentaje llegan a padecer enfermedad de Alzheimer (American Psychiatric Association, 2013). Todo lo expuesto, puede conllevar a una problemática tanto a nivel social, económico y de salud pública, como en la vida de las propias personas enfermas de Alzheimer, evidenciándose mucho más en países donde las expectativas de vida son elevadas (Morales, Rojas y Marcheco, 2009). Por ende, y según Rodríguez (2006, citado en Torres, Goichoechea y Bravo, 2016), esto puede dar lugar a que algunas personas no puedan envejecer con una correcta calidad de vida, afectando a su vez a su bienestar emocional.

A partir de lo explicado, se estima que es necesario e imprescindible la puesta en práctica de una intervención multidisciplinar, donde se lleven a cabo tanto las terapias farmacológicas ya comentadas anteriormente, como algunas técnicas no farmacológicas, entre ellas la musicoterapia, siendo esta misma el punto central del presente proyecto de emprendimiento. De este modo, se considera importante el empleo de esta misma debido a que, tal y como coinciden la mayoría de los estudios, este tipo de terapia contribuye a presentar beneficios positivos a la hora de favorecer el estado anímico de las personas, lo cual contribuye a la misma vez a potenciar tanto su salud mental como su bienestar emocional. Por ende, sería de mayor interés llevar a cabo una actuación dirigida a aquella población que se encuentre en la fase leve-moderada de la enfermedad de Alzheimer pues, como se ha visto, es dentro de esta misma fase donde se produce una mayor problemática a nivel emocional, pues las personas muestran altos niveles de depresión, ansiedad y anhedonia.

Por otro lado, es necesario destacar la importancia de la puesta en práctica de este programa de intervención porque la musicoterapia es un tipo de tratamiento no farmacológico que presenta gran interés en la población anciana. No obstante, se ha encontrado que la mayoría de los programas de intervención están dirigidos a paliar la sintomatología cognitiva de esta enfermedad, sin tener en cuenta la importancia de este tipo de tratamiento a nivel emocional, de modo que sería interesante realizar un programa de intervención que esté basado en fomentar el bienestar emocional de las personas que se encuentren en la fase leve-moderada de la enfermedad de Alzheimer a partir de la reducción de la sintomatología emocional. Del mismo modo, cabe matizar que el presente proyecto de emprendimiento no rechaza la importancia de una

intervención cognitiva, de modo que -aunque esta no se mencione en los objetivos- se tiene en cuenta en la mayoría de las actividades.

Objetivos del programa

Objetivo general

Fomentar el bienestar emocional de las personas que se encuentran en la fase leve-moderada de la enfermedad de Alzheimer a partir de técnicas de musicoterapia.

Objetivos específicos

1. Prevenir el riesgo al aislamiento social.
2. Permitir una mayor cohesión social y comunicación entre las personas.
3. Promover la participación de los usuarios y de las usuarias.
4. Potenciar la expresión de las emociones agradables y la exploración de los sentimientos.
5. Elevar la autoestima de las personas.
6. Suscitar la iniciativa de los usuarios y de las usuarias.
7. Estimular los niveles de concentración y atención.
8. Alcanzar un estado de relajación en la persona.

Diseño del programa

A partir de los apartados que se van a presentar a continuación se explicará un programa de emprendimiento destinado a fomentar el bienestar emocional de un grupo de participantes con enfermedad de Alzheimer. Cabe añadir que, antes de detallar cada

una de las actividades que se van a llevar a cabo, es importante recalcar una serie de puntos fundamentales para la correcta puesta en marcha del presente proyecto, como pueden ser, en primer lugar, la descripción general del programa, así como el centro donde este mismo será puesto en marcha, las personas a las que va dirigida la intervención y los criterios de inclusión y exclusión seleccionados.

Descripción general del programa

El programa de intervención estará formado por 13 sesiones que se llevarán a cabo durante un periodo de tres meses, es decir, 13 semanas. No obstante, tal y como se ha mencionado a lo largo del marco teórico, se considera oportuno que la puesta en práctica de las sesiones se realice de manera grupal -entendiendo que sería conveniente grupos formados por diez personas que compartan gustos musicales similares-, con el fin de permitir una mejor comunicación entre estos y estas y, fomentar así la cohesión social. Del mismo modo, será necesario recalcar la importancia del empleo de una musicoterapia activa y significativa, para que así se produzca una mayor participación entre los usuarios y las usuarias y se puedan trabajar los recuerdos personales y las emociones agradables.

En cuanto a la estructura general del programa, cabe mencionar que antes de llevar a cabo las sesiones, se entregará a los familiares o tutores y tutoras legales un consentimiento informado (véase anexo 1) a través del cual se les informen acerca del proceso a realizar y, en el caso en el que estén de acuerdo, den su consentimiento para la consecuente participación. Del mismo modo, las dos primeras sesiones estarán destinadas a administrar a los usuarios y a las usuarias una serie de pruebas, así como una entrevista semiestructurada. El objetivo de ello es comprobar que las personas cumplan con unos determinados criterios de inclusión que se establecerán más adelante.

Entre las presentes pruebas, se encuentran la escala Mini Mental State Examination (MMSE) (Lobo, Saz y Marcos, 1979) (véase anexo 2), así como la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EAD-G) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988) (véase anexo 3) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS-VE) (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011) (véase anexo 4). Seguidamente, una vez administradas estas mismas, así como la entrevista semiestructurada (véase anexo 5), se procederá a la puesta en marcha de diez actividades programadas y, finalmente, en la última sesión, se comprobará si, a partir de tales actividades propuestas, se ha logrado alcanzar el objetivo principal del presente proyecto, es decir, fomentar el bienestar emocional de las personas. Para ello, se empleará nuevamente la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EAD-G), así como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS-VE).

Para finalizar con el presente apartado, es importante añadir que existen algunas personas que debido a elevados niveles de analfabetismo o problemas lecto-escritores no presentan la capacidad adecuada para leer, escribir e incluso reconocer los números. A partir de ello, se estima que es fundamental incluir a lo largo de todas las actividades el trabajo de un técnico o de una técnica superior en integración social que acompañe al profesional o a la profesional de psicología para que, de este modo, pueda ofrecer asistencia a estas personas, así como solventar determinados problemas que vayan surgiendo y que dificulten el correcto desarrollo de la puesta en práctica de los ejercicios.

Personas destinatarias

El presente programa de emprendimiento está dirigido a usuarios y usuarias mayores de 65 años que conviven en la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad” o

asisten al centro de Unidad De Estancia Diurna (UED) incluido dentro de esta misma. Del mismo modo, estas personas se encuentran en la fase leve-moderada de la enfermedad de Alzheimer y manifiestan alteraciones a nivel emocional.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión seleccionados son: tener más de 65 años de edad, ser residente de la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad” -o pertenecer a la Unidad de Estancias Diurnas dentro de la misma-, presentar un nivel de deterioro cognitivo leve o moderado y manifestar alteraciones emocionales depresivas o ansiosas que sean características de las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer.

Del mismo modo, los criterios de exclusión serán que la persona no sea usuaria de la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad”, así como el no presentar ninguna alteración emocional. Asimismo, también es importante que aquellas personas que muestran un deterioro cognitivo grave o avanzado o que manifiestan alguna situación de dependencia o alteración auditiva o visual moderadamente grave, no sean partícipes del presente proyecto.

Centro destinatario

El lugar donde se va a llevar a cabo el programa de emprendimiento que vamos a presentar a continuación es el centro residencial “Nuestra Señora de la Caridad”, localizado en la población de Sanlúcar de Barrameda, Cádiz. Dicho centro, es de carácter social y se encuentra a cargo del ayuntamiento de la ciudad, de manera que su titularidad corresponde a este mismo. Del mismo modo, proporciona alojamiento, convivencia y atención integral -de manera temporal o permanente- a personas mayores de 65 años en situación de dependencia, de forma que estas tendrán cubiertas una serie

de diferentes prestaciones como pueden ser la atención a la salud, la estimulación de las capacidades bio-psico-sociales, la ayuda en la puesta en marcha de las actividades de la vida diaria, la asistencia social y médica y la dinamización socio-cultural, entre otras. Igualmente, los objetivos de dicho centro son mejorar las condiciones de vida de los usuarios y de las usuarias, evitando las consecuencias producidas por las enfermedades; así como ofrecer apoyo y asesoramiento a los familiares y el entorno cercano de los pacientes y de las pacientes.

Temporalización

Con respecto a la temporalización, el presente programa de emprendimiento se llevará a cabo en un total de 13 sesiones, de manera que, como ya se ha comentado anteriormente, tendrá una ocupación de 13 semanas. Las actividades de este mismo serán impartidas una vez a la semana -concretamente los viernes- y se realizarán en un periodo de tres meses, preferiblemente septiembre, octubre y noviembre. No obstante, es necesario recalcar que, debido a la extensión de la primera sesión, esta misma ocupará dos días. Para terminar, se concluye que cada una de las sesiones tendrá una duración de entre 30 minutos y una hora, aproximadamente. Toda esta información quedará detallada en un cronograma de distribución de las sesiones (véase anexo 6).

Desarrollo de las sesiones

A lo largo del presente apartado se explicarán las diversas sesiones y actividades que van a llevarse a cabo para que el programa de emprendimiento cumpla con los objetivos propuestos. Asimismo, en los correspondientes anexos se aportará el material necesario para cada una de las mismas.

Sesión 1 – Administración de pruebas

Recursos materiales: Mini Mental State Examination (MMSE), Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EAD-G) y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS-VE).

Recursos humanos: profesional de psicología.

Duración: 1 hora por persona.

Procedimiento: para dar comienzo a la presente sesión, se acordará una cita concreta con cada usuario o usuaria, con el fin de administrarle dos tipos de pruebas. Asimismo, será impartida a lo largo de dos días, con el fin de evitar la posible sobrecarga cognitiva que pueda sufrir el paciente o la paciente (como puede ser cansancio o pérdida de atención). El primer día irá destinado a administrar a la persona la escala MMSE y, el día siguiente lo reservaremos para la puesta en marcha de las escalas EAD-G y GDS-15. En cuanto a la escala MMSE, esta misma será llevada a cabo con la finalidad de conocer si la persona presenta algún tipo de déficit cognitivo a nivel leve o moderado (Buiza, et al., 2011). Del mismo modo, las escalas EAD-G y GDS-15 serán puestas en marcha con el objetivo de indagar si el usuario o la usuaria tiene algún tipo de déficit a nivel emocional -como puede ser la depresión o la ansiedad- que estén dificultando su bienestar (Carbonell, 2016; Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011).

Justificación: se pretende con la presente sesión conocer si las personas cumplen los criterios de inclusión expuestos anteriormente para que, de este modo, realice o no las actividades que se van a explicar.

Sesión 2 – Entrevista semiestructurada.

Recursos materiales: entrevista semiestructurada.

Recursos humanos: profesional de psicología.

Duración: 30 minutos por persona.

Procedimiento: en la presente sesión se administrará a cada persona una entrevista semiestructurada en la cual se formulan una serie de preguntas referentes al tipo de canciones que prefieren escuchar, ya sea porque le transmite buenas sensaciones o porque le hace revivir experiencias positivas del pasado-. Del mismo modo, es importante tener en cuenta que puede darse la ocasión de que estas personas no sean capaces de contestar con claridad a algunas de las preguntas ofrecidas, de manera que se considera importante que -en el caso de que esto ocurra- sean los familiares cercanos o los propios cuidadores y las propias cuidadoras quienes nos contesten a tales cuestiones.

Justificación: se pretende con la presente sesión tener una visión individualizada acerca de las preferencias musicales que muestran cada una de las personas para, de este modo, seleccionar un tipo de canción concreta a la hora de programar las diversas actividades.

Sesión 3 – Actividad 1: “adivina la canción”

Objetivos: 2, 3, 4, 6.

Recursos materiales: altavoz de radio, pendrive con música de la época, folios en blanco, bolígrafos, lápices de escribir, gomas de borrar y sacapuntas.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 1 hora.

Procedimiento: a lo largo de la presente actividad los usuarios y las usuarias tendrán que reconocer determinadas canciones de la época, de manera que se entregará a cada una de las personas un folio en blanco y se les explicará que en el altavoz de radio van a sonar un total de 10 canciones (véase anexo 7), de manera que tendrán que anotar el título de las mismas en el papel que se les ha asignado previamente. Del mismo modo, una vez realizado esto, se pretende que cada uno de ellos y cada una de ellas elijan una canción concreta, con la finalidad de que la asocien con algún acontecimiento positivo del pasado y compartan con el resto del grupo las sensaciones positivas que experimenta en ese momento.

Justificación: se pretende con la presente actividad favorecer la expresión de los pensamientos positivos, generando así la reducción de los pensamientos negativos.

Sesión 4 – Actividad 2: “¡vamos a cantar!”

Objetivos: 3, 4, 5, 7.

Recursos materiales: papel con el nombre de las canciones, altavoz de radio y pendrive con música de la época.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 1 hora.

Procedimiento: a lo largo de la presente actividad los usuarios y las usuarias tendrán que interpretar canciones, de manera que se entregará a cada persona un papel con el nombre de una canción determinada (véase anexo 8). Una vez pasados unos minutos, se preguntará qué canción se les ha asignado para a continuación, hacer sonar un fragmento de cada una de estas en la radio. La finalidad de ello es que reconozcan la

canción para que, seguidamente, interpreten un fragmento de las mismas, resaltando que los demás y las demás componentes del grupo pueden también participar. Del mismo modo, se repetirá este proceso para que se canten aproximadamente el estribillo de dos canciones por persona. Asimismo, una vez acabo esto, se realizará un debate preguntando a cada uno de ellos y a cada una de ellas qué emociones han experimentado con la puesta en marcha de la presente actividad.

Justificación: se pretende con la presente actividad que las personas hagan uso de una musicoterapia activa, de manera que se fomente la implicación de las mismas y se produzca una mayor sensación de bienestar.

Sesión 5 – Actividad 3: “las fiestas tradicionales”

Objetivos: 2, 3, 4.

Recursos materiales: Papeles con los nombres de los eventos, altavoz de música, pendrive con música de eventos concretos, pizarra magnética, rotuladores para pizarra magnética y borrador de pizarra magnética.

Recursos humanos: Profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 1 hora.

Procedimiento: para comenzar con la actividad se anotará en la pizarra magnética el nombre de una serie de diferentes festividades que se producen a lo largo del año, como pueden ser Navidad, feria, el día de la Hispanidad o Semana Santa. Del mismo modo, se hará sonar en un altavoz de música una serie de canciones que puedan estar relacionadas con dichos actos para que así las personas sean capaces de asignar las canciones que suenan a una festividad concreta (por ejemplo, si suena una sevillana los usuarios y las

usuarias tendrán que relacionarla con la feria) (véase anexo 9). Una vez finalizada la actividad, se pedirá a cada uno de ellos y a cada una de ellas que elijan un evento por el que muestren una mayor preferencia y, a continuación, tendrán que compartir con el resto del grupo las emociones (ya sean positivas o negativas) que experimentan al recordar dicho evento.

Justificación: se pretende con la presente actividad facilitar la expresión emocional de sentimientos agradables y desagradables, con la finalidad de poder fomentar el bienestar emocional de las personas, así como reconocer las posibles causas que subyacen a las emociones negativas y que dan lugar a los estados de depresión o ansiedad manifestados por los pacientes y las pacientes.

Sesión 6 – Actividad 4: “¡bingo!”

Objetivos: 1, 2, 4, 7.

Recursos materiales: boletos con nombres de las canciones, bolígrafos o lápices de escribir, gomas de borrar, sacapuntas, pendrive con música de la época, altavoz de música y obsequio para la persona ganadora.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 1 hora.

Procedimiento: en la presente actividad se repartirá a cada persona diferentes boletos (véase anexo 10) con canciones de la época (véase anexo 11). Seguidamente, se hará sonar en un altavoz de radio una serie de canciones, de manera que aquellas que aparezcan en el boleto tendrán que ser tachadas por los usuarios y las usuarias, con el

objetivo de que cuando tachen todas estas se proclame como ganador o ganadora y se le obsequie con un regalo.

Justificación: se pretende con la presente actividad aflorar y generar sentimientos positivos en las personas, así como fomentar la autoestima de estas mismas, dando todo ello lugar a un bienestar emocional.

Sesión 7 – Actividad 5: “¡nos vamos de marcha!”

Objetivos: 1, 4, 5.

Recursos materiales: sala de la residencia, sillas, escenario, altavoces y micrófono.

Recursos humanos: grupo de cantantes, profesional de psicología y técnico o técnica en integración social.

Duración: 1 hora.

Procedimiento: esta actividad será puesta en marcha en una de las salas de la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad”. Para el correcto desempeño de la misma, se concretará una cita con un grupo de cantantes, de manera que los usuarios y las usuarias puedan asistir a un espectáculo musical impartido por estos y estas artistas. Del mismo modo, y con el fin de que la presente actividad conlleve a la consecución de los objetivos, proponemos como requisito que las canciones interpretadas se correspondan con la época de los pacientes y de las pacientes (véase anexo 12).

Justificación: se pretende con la presente actividad aflorar los sentimientos y emociones positivas que se pueden experimentar al oír canciones que resulten familiares, así como reducir las emociones negativas que puedan mostrar estas personas.

Sesión 8 – Actividad 6: “pasa la pelota”

Objetivos: 1, 2, 3, 5, 7.

Recursos materiales: altavoz de música, pendrive con música de la época, pizarra magnética, rotuladores de pizarra magnética, borrador de pizarra magnética y 10 pelotas de tamaño mediano.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 30 minutos.

Procedimiento: para comenzar con la actividad se acordará con los usuarios y las usuarias una palabra concreta, de modo que se anotará esta misma en la pizarra para así evitar los olvidos que se puedan producir por parte de los mismos y las mismas. A continuación, se entregará a cada uno de ellos y a cada una de ellas una pelota, a la vez que suena una canción en el altavoz (véase anexo 13). El propósito de la presente actividad es que cuando aparezca la palabra que se ha concretado anteriormente, los pacientes y las pacientes pasen la pelota a la persona que tienen a su derecha, evitando que esta caiga al suelo. Cuando esto finalice, repetiremos el mismo proceso con otras tres canciones diferentes.

Justificación: se pretende con la presente actividad resaltar la importancia del trabajo en equipo, dando esto lugar a una mayor cohesión grupal y a una disminución en la tendencia al aislamiento y, por ende, de la sintomatología depresiva.

Sesión 9 – Actividad 7: “¿que pare la música!”

Objetivos: 1, 2, 3, 5, 7.

Recursos materiales: altavoz de música, pendrive con música y una pelota.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 30 minutos.

Procedimiento: para comenzar con la presente actividad se pedirá a los usuarios y a las usuarias que conformen un círculo. A continuación, se entregará una pelota al grupo y se le pedirá que vayan pasándola al compañero o a la compañera de la derecha a medida que va sonando una canción (véase anexo 14), de modo que cuando la persona tenga la pelota en la mano en el momento en que la canción se pause, esta misma quedará eliminada. El juego finalizará cuando solo quede un ganador o una ganadora.

Justificación: se pretende con la presente actividad resaltar la importancia del trabajo en equipo, dando esto lugar a una mayor cohesión grupal y a una disminución en la tendencia al aislamiento y, por ende, de la sintomatología depresiva.

Sesión 10 – Actividad 8: “volvemos al pasado”

Objetivos: 2, 3, 4, 6.

Recursos materiales: altavoz de música y pendrive con música de la época.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 1 hora.

Procedimiento: en esta actividad se analizará en cada una de las entrevistas semiestructuradas las preferencias de los usuarios y las usuarias hacia una canción en concreto. De este modo, se hará sonar un fragmento de la misma con el resto del grupo (véase anexo 15) y se pedirá a cada persona que asocie la canción con un

acontecimiento de su vida, ya sea positivo o negativo. De este modo, se le preguntará el motivo por el cual ha seleccionado la presente canción, qué sensaciones le hace vivir o de qué personas se acuerda al escucharla.

Justificación: se pretende con la presente actividad generar en las personas sentimientos positivos y hacer que estos sean transmitidos al resto del grupo. Asimismo, en el caso de que las personas asignen las canciones con vivencias negativas, esto puede ser empleado como un medio eficaz para conocer las posibles causas de la depresión y la ansiedad que muestran.

Sesión 11 – Actividad 9: “¿quién es?”

Objetivos: 2, 3, 4, 7.

Recursos materiales: folios con las imágenes de los cantantes y las cantantes

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 45 minutos.

Procedimiento: la actividad comenzará entregando a cada persona dos imágenes de algún cantante o de alguna cantante, de manera que se necesitará un total de 20 fotos (véase anexo 16). Seguidamente, se le pedirá a cada usuario y a cada usuaria que comente con el resto del grupo la persona que se le ha asignado para que, a continuación, interprete alguna canción de él o ella. Asimismo, para dar fin a la presente actividad, se le pedirá que intente relacionar la canción elegida con alguna vivencia positiva de su historia de vida.

Justificación: se pretende con la presente actividad que las personas experimenten sentimientos de familiaridad, de modo que se generarán sensaciones y emociones agradables. Asimismo, esta actividad se centra en aumentar los sentimientos positivos.

Sesión 12 – Actividad 10: “nos relajamos”

Objetivos: 7, 8.

Recursos materiales: folios en blanco, altavoz de música, pendrive con música de la época, lápices de colorear y gomas de borrar.

Recursos humanos: profesional de psicología y técnico o técnica superior en integración social.

Duración: 45 minutos.

Procedimiento: la actividad comenzará con la entrega de un folio en blanco a cada persona, así como diversos lápices de colores. A continuación, se hará sonar en el altavoz de música algún tipo de canción relajante en la que se incluyan sonidos de la naturaleza (como pueden ser el mar o pájaros) de manera que los usuarios y las usuarias tendrán que ir dibujando en el folio todo aquello que van escuchando. Una vez que esto se ha dado por finalizado, pediremos a cada uno de ellos y a cada una de ellas que compartan con el resto del grupo qué es lo que han oído. Asimismo, y debido a que esta sería la última actividad, se hará un debate grupal en el que se pedirá que nos cuenten cómo se han sentido con la puesta en práctica de los ejercicios, así como las emociones que han experimentado. Finalmente, cabe añadir que sería importante animar al resto de profesionales a llevar a cabo esta actividad de relajación una vez a la semana, para de este modo poder subsanar los problemas de irritabilidad y labilidad emocional característicos de esta etapa.

Justificación: se pretende con la presente actividad producir un estado de relajación en la persona, de manera que se reduzcan los síntomas de irritabilidad, apatía, ansiedad o labilidad emocional presentes en esta etapa.

Fuente: actividad adapta de Yáñez, 2011.

Sesión 13 – Administración de pruebas

Recursos materiales: Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EAD-G) y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS-VE).

Recursos humanos: profesional de psicología.

Duración: 1 hora por persona.

Procedimiento: la presente sesión será impartida el último día, con el fin de comprobar si se ha cumplido el objetivo principal del presente proyecto. De este modo, administraremos las escalas EAD-G y GDS-15 para demostrar si, a partir de las diversas actividades que se han desempeñado, la persona ha conseguido reducir su sintomatología depresiva y ansiosa, dando así lugar a un mayor bienestar emocional en ellos mismos y en ellas mismas (Carbonell, 2016; Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011).

Justificación: se pretende con la presente actividad comprobar si se han cumplido los objetivos estipulados en el presente programa de emprendimiento.

Recursos

El presente apartado se ha creado con la finalidad de realizar una estimación económica con respecto a la puesta en marcha de nuestro programa de intervención. De este modo, se afirma que este mismo presentará los recursos humanos necesarios para el

correcto funcionamiento del programa, así como los recursos materiales fungibles e inventariables adecuados a cada actividad. Asimismo, también se ha tenido en cuenta los determinados imprevistos que puedan ir surgiendo, así como otros gastos que no se incluyen dentro de las secciones anteriores (véase anexo 17).

Evaluación del programa

Para finalizar con el presente programa de intervención, se considera fundamental llevar a cabo un proceso de evaluación con el fin de comprobar si, a partir de las actividades que se han puesto en práctica, se ha alcanzado el objetivo propuesto. Por todo ello, se realizará una evaluación formativa, así como una evaluación sumativa.

En primer lugar, en cuanto a la evaluación formativa, esta misma será puesta en marcha a lo largo de todo el proceso, de modo que, cuando acabe cada una de las sesiones que se presentan, el psicólogo o la psicóloga tendrá que completar una hoja de registro (véase anexo 18) en la que tendrá que determinar las actividades que se han realizado, así como los problemas que han ido surgiendo y el grado de implicación de los usuarios y usuarias. A partir de todo ello, se detectará tanto las fortalezas como las debilidades del presente trabajo para, de este modo, realizar posibles modificaciones de cara al futuro.

Por otro lado, y como ya se ha mencionado anteriormente, las sesiones finalizarán con la administración de una serie de pruebas a los usuarios y a las usuarias. Con ello, se pretende llevar a cabo una evaluación sumativa y comparar los resultados obtenidos con los de la primera sesión, para así analizar hasta qué punto el hecho de realizar las presentes actividades supone un aumento en el bienestar emocional de las personas. En este caso, se empleará la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EAD-G) y la

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS-VE). La primera de ellas está a su vez compuesta por una subescala referida a la depresión y otra a la ansiedad, formadas cada una por un total de 9 ítems de respuesta dicotómicas de sí o no (Carbonell, 2016). Asimismo, cabe añadir que la escala GDS-VE presenta la finalidad de conocer si la persona ha experimentado o no síntomas relacionados con una depresión mayor durante los últimos 15 días. Del mismo modo, esta misma está formada por un total de 15 ítems con respuestas dicotómicas de sí o no (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011).

Conclusiones

Las tasas de personas con enfermedad de Alzheimer han aumentado a lo largo de las últimas décadas, y esto es debido a los cambios producidos a nivel sociodemográficos dados y explicados anteriormente. Por ello, cada vez son más las personas con enfermedad de Alzheimer que precisan de un tratamiento en el que se incluyan tanto terapias farmacológicas como no farmacológicas. Teniendo esto en cuenta, se encuentra que existen muchos programas de intervención no farmacológica en los que se ponen en marcha una serie de actividades con la finalidad de paliar los síntomas cognitivos derivados de esta enfermedad, sin prestar atención a la importancia de los síntomas emocionales, y de cómo la musicoterapia conlleva a efectos beneficiosos en cuanto a los mismos. Con lo cual, se estima importante la puesta en marcha en un futuro del presente proyecto de emprendimiento.

Del mismo modo, es necesario recalcar que este mismo puede mostrar la limitación de que está dirigido a unos usuarios concretos y a unas usuarias concretas, dentro de un centro específico. De manera que, sería importante tener en cuenta el hecho de que realizarlo fuera de este contexto supondría una modificación en cuanto al mismo, pues,

además, las actividades van a depender de una entrevista semiestructurada administrada con antelación.

Para finalizar, se concluye resaltando la importancia de poner en marcha otros proyectos de emprendimiento en el que no únicamente se tengan en cuenta la sintomatología cognitiva de las personas, sino también las emocionales.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barbarroja, M. J. (2008). Musicoterapia. *Revista Digital de Innovación y Experiencias*, (12).
- Barcia-Salorio, D. (2009). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Psicogeriatría*, 1(4), 223-238.
- Benetó, A. (2000). Trastornos del sueño en el anciano. *Revista de neurología*, 30(6), 581-585.
- Berciano, J. (2006). *Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Editorial Elseiver.
- Beteta, E. (2004). Neuropatología de las demencias. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67(1-2), 80-105.
- Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M. F., Álabá, J., Arriola, E., ... y Yanguas, J. J. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(3), 131-138.
- Carbonell, M. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universidad Psychologica*, 15(1), 15-29.

- Da Silva, C. Y., Carvalho, P. A. y Ramos, V. M. (2019). La depresión y su influencia en los cambios neuropsicológicos del adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer. *CES Psicología*, 12(1), 69-79.
- de la Rubia, J. E., Sancho, P. y Cabañés, C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140.
- Denis, E. J. y Casari, L. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *Revista diálogos*, 4(2), 75-82.
- Díaz, V., Lemos, A. y Justel, N. (2019). Benefits of Music Therapy in the Quality of Life of Older Adults. *Rev. Cienc. Salud*, 17(3), 9-19.
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 13-22.
- Fuentes, P. y Slachevsky, A. (2005). Enfermedad de Alzheimer: Actualización en terapia farmacológica. *Revista médica de Chile*, 133(2), 224-230.
- García, E. (1989). Musicoterapia y enriquecimiento personal. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (4), 91-108.
- García-Alberca, J. M., Lara, J. P. y Berthier, M. (2010). Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 38(4), 212-222.
- García-Casares, N., Moreno-Leiva, R. M. y García-Arnés, J. A. (2017). Efectos de la musicoterapia como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer. Revisión sistemática. *Revista de neurología*, 65(12), 529-538.

- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297-299.
- Gómez-Angulo, C. y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M. y López-Arza, M. G. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*, 32(4), 253-263.
- Herrera-Rivero, M., Hernández-Aguilar, M. E., Manzo, J. y Aranda-Abreu, G. E. (2010). Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. *Revista de neurología*, 51(3), 153-164.
- Hsu, T. J., Tsai, H. T., Hwang, A. C., Chen, L. Y. y Chen, L. K. (2017). Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics y gerontology international*, 17(1), 28-35.
- Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, M. V., Rodríguez-Domínguez, M. T. y Prieto-Tato, M. (2013). Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(5), 238-242.
- Llibre, J. D. J. y Guerra, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 264-269.

- Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (1979). *Mini Mental State Examination (MMSE)*.
Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Lopera, F. (2004). Enfermedad de Alzheimer. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 29-32.
- Morales, E., Rojas, I. A. y Marcheco, B. (2009). Teorías acerca de los mecanismos celulares y moleculares de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina*, 48(2).
- Muñoz, B. (2018). Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*, (13), 1-12.
- Oliva, R. y Fernández de Juan, T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y salud*, 16(1), 93-101.
- Organización Mundial de la Salud. (5 de febrero de 2018). Recuperado de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2019). Recuperado de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Ordoño, M. M., Fernández, A. y Fernández, V. (2016). Beneficios de la musicoterapia en ancianos con demencia. En Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Gázquez, J. J., Barragán, A. B., Martos, A. y Pérez-Esteban, M. D. (Eds.), *Cuidados, aspectos*

psicológicos y actividad física en relación con la salud (355-359). Almería:

ASUNIVEP.

Oviedo, D., Britton, G. y Villareal, A. (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer: revisión de conceptos. *Investigación y Pensamiento Crítico*, 4(2), 61-91.

Peña-Casanova, J. (1999a). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Peña-Casanova, J. (1999b). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Peña-Casanova, J. (1999c). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Pérez, V. T. (2005). Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4).

Poch, S. (2001). Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista universitaria de Formación del Profesorado*, (42), 91-113.

Romano, M. F., Nissen, M. D., Del Huerto, N. M. y Parquet, C. A. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, (75), 9-12.

Sagasti, T. y Bernaola, B. (1998). La Musicoterapia y la enfermedad de Alzheimer. *Música, Arte y Proceso* (6), 37-48.

Sarabia, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.

- Sánchez, T., Barranco, P., Millán, A. y Fornies, M. E. (2017). La musicoterapia como indicador de mejora en la calidad de vida en un envejecimiento activo. *Metas de enfermería*, 20(7), 31-34.
- Sequera-Martín, M., Miranda-Pereda, C., Massegú-Serra, C., Pablos-Hernández, C. y González-Ramírez, A. (2015). Musicoterapia en la demencia del paciente anciano: fundamentos, aplicaciones y evidencia científica actual. *Psicogeriatría*, 5(3), 93-100.
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Castro, M. y Asensio, F. M. (2017). Personas mayores con demencia institucionalizadas: efectos de la musicoterapia versus los talleres de reminiscencia-recreación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 25-34.
- Torres, J., Goicoechea, E. y Bravo, M. (2016). Aplicaciones de la musicoterapia en el tratamiento de enfermos de Alzheimer: una propuesta de intervención. En Arbués, A. E. y Herves, L. (Eds.), *Arteterapia para personas mayores* (83-100). Sevilla: ASANART.
- Vink, A. C., Bruinsma, M. S. y Scholten, R J. P. M. (2003). Music therapy for people with dementia. *The Cochrane Library*, 3, 1-49.
- Yáñez, B. (2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. *Cultura de los cuidados*, (29), 53-73.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Estimada familia/tutores y tutoras:

Les comunicamos desde la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad” que durante los próximos meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2020 se va a realizar dentro de este mismo espacio un programa de emprendimiento conocido como *“Musicoterapia para personas en fase leve-moderada de la Enfermedad de Alzheimer”*.

El presente programa ha surgido con objeto de incrementar el bienestar emocional en aquellas personas con enfermedad de Alzheimer que se encuentran en las fases más tempranas y que, a su vez, presentan síntomas de ansiedad o depresión característicos de esta enfermedad. Por todo ello, le rogamos que lea una serie de puntos a comprender y, si está de acuerdo con todos ellos, proceda a dar consentimiento para que así la persona que esté a su cargo pueda desempeñar las diversas actividades que se van a realizar:

1. La participación es voluntaria, de manera que si usted o la persona que esté a su cargo no tiene interés en participar esto no repercutirá en las otras tareas desempeñadas diariamente.
2. Si la persona que va a participar desea retirarse en algún momento de las sesiones, podrá hacerlo con total libertad.
3. El programa de emprendimiento que se va a llevar a cabo no supone compensación ni gasto económico para la persona.
4. Para el correcto desempeño del programa puede llegar a ser necesaria la participación de las familias o de los cuidadores y cuidadoras.

5. Es imprescindible administrar a los usuarios y a las usuarias diversas pruebas con la finalidad de conocer si estos y estas se adaptan a los criterios de inclusión impuestos por el o la profesional de psicología.
6. Los datos obtenidos a partir del presente programa serán tratados con la más absoluta confidencialidad.
7. Si durante el tiempo que dura el presente programa tiene alguna duda en cuanto al mismo, tiene usted derecho a ponerse en contacto con el equipo de trabajo de la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad” para que así esta sea resuelta.

Una vez que ha leído todos los puntos y está de acuerdo con cada uno de los mismos, le rogamos que firme y haga entrega en la residencia del siguiente consentimiento:

Yo, Don/Doña _____ he leído la anterior información y otorgo mi consentimiento para que _____ participe en el programa de emprendimiento “*Musicoterapia para personas en fase leve-moderada de la Enfermedad de Alzheimer*” que se pondrá en marcha durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2020 en la residencia de mayores “Nuestra Señora de la Caridad”.

Firmado: _____

Anexo 2. Mini Mental State Exam (MMSE).

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Adaptación de Lobo, Saz y Marcos, 1979.

Nombre: Varón [] Mujer []
 Fecha: F. nacimiento: Edad:
 Estudios/Profesión: Núm. Historia:
 Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntas por las tres palabras mencionadas anteriormente Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	

<p>DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1</p>	<p>LENGUAJE (máx. 9)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia</p>	<p>PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)</p>	

Anexo 3. Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EAD-G).

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG. ESCALA E.A.D.G.

(Goldberg y cols., 1988, versión española)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: >4 _____

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: >3 _____

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Anexo 4. la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS-VE).

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (GDS-VE)

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL.....		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta con un punto</i>		

Anexo 5. Entrevista semiestructurada.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA CONOCER PREFERENCIAS

MUSICALES

Elaboración propia

DATOS DE LA ENTREVISTA

1. Fecha:
2. Profesional que la administra

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nombre:
2. Fecha de nacimiento:
3. Edad:
4. Sexo:
5. Estado civil:
6. Nacionalidad:
7. Observaciones:

DATOS SOBRE PREFERENCIAS MUSICALES

1. ¿Cuándo eras joven escuchabas música?
2. ¿Qué tipo de música escuchabas cuándo eras joven?
3. ¿Cuál era tu cantante favorito o favorita?
4. ¿Te gusta escuchar música en la actualidad?
5. ¿Con qué frecuencia escuchas música actualmente?
6. ¿Te gusta la misma música ahora que en el pasado?
7. ¿Hay alguna canción que te recuerde a algún acontecimiento positivo de tu pasado?
8. ¿Cuál era tu canción favorita en el pasado?
9. ¿Cuál es tu canción favorita en la actualidad?
10. ¿Existe alguna canción que no te guste en absoluto?

Puede ocurrir la posibilidad de que el usuario o la usuaria no conteste a una determinada cuestión. En este caso, sería necesaria la colaboración de la familia o de algún cuidador o alguna cuidadora.

Anexo 6. Cronograma de distribución de las sesiones.

SESIONES/ACTIVIDADES	DÍAS DE LA SEMANA					MES DEL AÑO
	L	M	X	J	V	
Sesión 1. Administración de escalas						SEPTIEMBRE
Sesión 2. Entrevista semiestructurada						
Sesión 3. Actividad 1						
Sesión 4. Actividad 2						
Sesión 5. Actividad 3						OCTUBRE
Sesión 6. Actividad 4						
Sesión 7. Actividad 5						
Sesión 8. Actividad 6						
Sesión 9. Actividad 7						
Sesión 10. Actividad 8						NOVIEMBRE
Sesión 11. Actividad 9						
Sesión 12. Actividad 10						
Sesión 13. Administración de escalas						

Anexo 7. Sesión 3 – Actividad 1.

CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
1.	Como una ola – Rocío Jurado
2.	Salve Rociera – Ecos del Rocío
3.	La vida es una tómbola – Marisol
4.	Clavelitos – Joselito
5.	La minifalda – Manolo Escobar
6.	Se nos rompió el amor – Rocío Jurado
7.	Mi carro – Manolo Escobar
8.	Una madre – Ecos del Rocío
9.	A tu vera – Lola Flores
10.	Soy Andaluz – Ecos del Rocío
Fuente: actividad adaptada de Torres, Goicoechea y Bravo, 2016.	

Anexo 8. Sesión 4 – Actividad 2.

CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
1.	A tu vera – Lola Flores
2.	La zarzamora – Lola Flores
3.	Clavelitos - Joselito
4.	Soy minero – Antonio Molina
5.	Vivir así es morir de amor – Camilo Sesto
6.	Algo se muere en el alma – Ecos del Rocío
7.	Salve Rociera – Ecos del Rocío
8.	Estando contigo - Marisol
9.	Eva María se fue – Fórmula Quinta
10.	Somos novios – Armando Manzanero
11.	Melina – Camilo Sesto y Nino Bravo
12.	Háblame del mar marinero – Marisol
13.	Torito guapo – El Fary
14.	Pena, penita, pena Lola Flores
15.	La tarara – Marisol
16.	Señora – Ecos del Rocío
17.	Que me coma el tigre – Lola Flores
18.	Tengo el corazón contento – Fórmula Quinta
19.	La barbacoa – George Dan
20.	La vida es una tómbola - Marisol
Fuente: actividad adaptada de Torres, Goicoechea y Bravo, 2016.	

Anexo 9. Sesión 5 – Actividad 3.

CANCIONES Y FESTIVIDADES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • Navidad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Noche de paz 2. Campana sobre campana 3. Hacia Belén va una burra 4. A Belén pastores 	<ul style="list-style-type: none"> • Día de la Hispanidad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Y viva España – Manolo Escobar 2. Adiós mi España querida – Juanito Valderrama
<ul style="list-style-type: none"> • Semana Santa <ol style="list-style-type: none"> 1. Virgen del Valle 2. Amarguras 3. Pasan los campanilleros 4. Cristo del amor 	<ul style="list-style-type: none"> • Feria: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mírala cara a cara 2. A bailar 3. Pasa la vida 4. Yo soy del sur
Fuente: actividad adaptada de Peña-Casanova, 1999c.	

Anexo 10. Sesión 6 – Actividad 4.

BOLETO 1 DE BINGO			
Soy minero		Vivir así es morir de amor	
	Algo se muere en el alma		Vacaciones de verano
El baile de los pajaritos		Tengo el corazón contento	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 2 DE BINGO			
Estando contigo		Tengo el corazón contento	
	El baile de los pajaritos		Háblame del mar marinero
Como una ola		Lo siento mi amor	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 3 DE BINGO			
Tres veces guapa		La zarzamora	
	Estando contigo		Torbellino de colores
Una paloma blanca		Como una ola	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 4 DE BINGO			
La zarzamora		Vivir así es morir de amor	
	Doce cascabeles		Un rayo de sol
La zarzamora		Lo siento mi amor	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 5 DE BINGO			
La vida es una tómbola		Lo siento mi amor	
	Eva María se fue		Tengo el corazón contento
Doce cascabeles		La barbacoa	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 6 DE BINGO			
El baile de los pajaritos		Estando contigo	
	La vida es una tómbola		La barbacoa
Mi carro		Clavelitos	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 7 DE BINGO			
La zarzamora		Háblame del mar marinero	
	Soy minero		Mi carro
Torbellino de colores		Vacaciones de verano	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 8 DE BINGO			
Tengo el corazón contento		Vacaciones de verano	
	Eva María se fue		Algo se muere en el alma
Vivir así es morir de amor		La barbacoa	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 9 DE BINGO			
El baile de los pajaritos		Algo se muere en el alma	
	Como una ola		Vacaciones de verano
Doce cascabeles		La vida es una tómbola	
Fuente: elaboración propia.			

BOLETO 10 DE BINGO			
La zarzamora		El baile de los pajaritos	
	Háblame del mar marinero		Lo siento mi amor
Soy minero		Un rayo de sol	
Fuente: elaboración propia.			

Anexo 11. Sesión 6 – Actividad 4.

CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
1.	La zarzamora
2.	Vivir así es morir de amor
3.	Lo siento mi amor
4.	Tres veces guapa
5.	Estando contigo
6.	Una paloma blanca
7.	Torbellino de colores
8.	Como una ola
9.	El baile de los pajaritos
10.	Tengo el corazón contento
11.	Háblame del mar marinero
12.	Soy minero
13.	El baile de los pajaritos
14.	La vida es una tómbola
15.	Algo se muere en el alma
16.	Vacaciones de verano
17.	Eva María se fue
18.	La barbacoa
19.	Doce cascabeles
20.	Clavelitos
21.	Un rayo de sol
22.	Mi carro
Fuente: elaboración propia.	

Anexo 12. Sesión 7 – Actividad 5.

CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
1.	Estando contigo
2.	Como una ola
3.	Soy minero
4.	Eva María se fue
5.	La barbacoa
6.	El baile de los pajaritos
7.	Que viva España
8.	Un rayo de sol
9.	Mi carro
10.	La vida es una tómbola
Fuente: actividad adaptada de Peña-Casanova, 1999c.	

Anexo 13. Sesión 8 – Actividad 6.

PALABRAS Y CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • Palabra: Ola • Canción: Como una ola 	<ul style="list-style-type: none"> • Palabra: Playa • Canción: Eva María se fue
<ul style="list-style-type: none"> • Palabra: Carro • Canción: Mi carro 	<ul style="list-style-type: none"> • Palabra: Tómbola • Canción: La vida es una tómbola
Fuente: elaboración propia.	




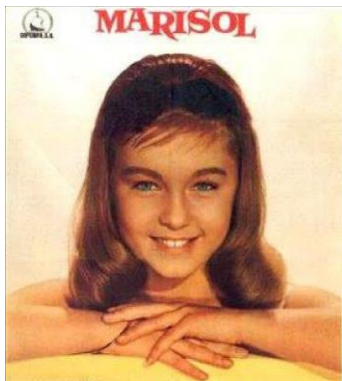
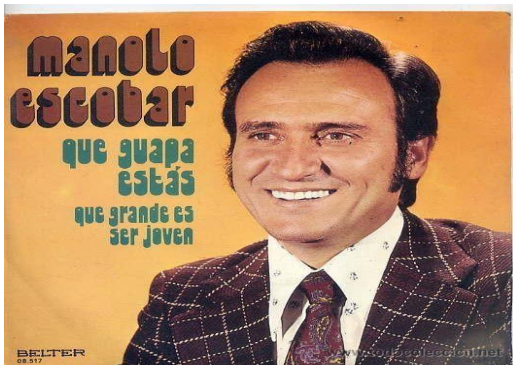
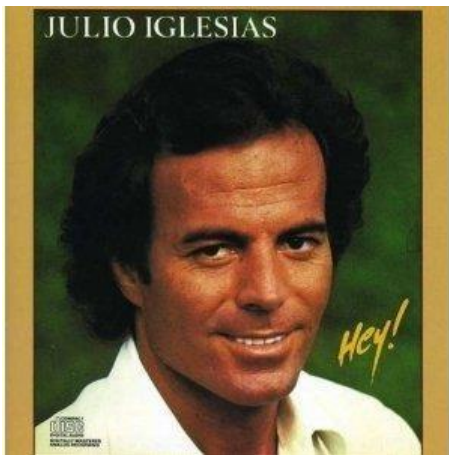
Anexo 14. Sesión 9 – Actividad 7.

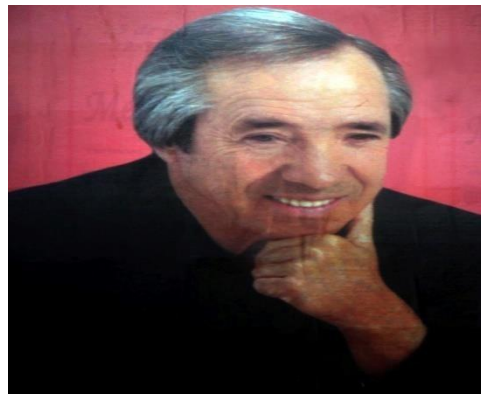
CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
1.	Vacaciones de verano
2.	Me gustas mucho
3.	Torito guapo
4.	La barbacoa
5.	La zarzamora
6.	Estando contigo
Fuente: elaboración propia.	

Anexo 15. Sesión 10 – Actividad 8.

CANCIONES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
1. Estando contigo	
2. Como una ola	
3. La vida es una tómbola	
4. Adiós mi España querida	
5. La vida es una tómbola	
6. Algo se me fue contigo	
7. Como yo te amo	
8. A tu vera	
9. Ay pena, penita, pena	
10. Doce cascabeles	
Fuente: actividad adaptada de Peña-Casanova, 1999c.	

Anexo 16. Sesión 11 – Actividad 9.

IMÁGENES SELECCIONADAS PARA LA ACTIVIDAD	
	
	
	



Fuente: actividad adaptada de Peña-Casanova, 1999c.

Anexo 17. Recursos.

Partida	p/u	Unidades	Total
<i>Recursos humanos</i>			
- Profesional de psicología clínica	47,77€/sesión individual	40	1.910,80€
	276€/sesión grupal	10	2.760€
-Técnica o técnica en Integración Social	100€/sesión grupal	10	1.000€
-Seguros sociales	250€/seguro social	2	500€
-Grupo de música	150€/hora	1	150€
			Subtotal 1: 6.330,80€
<i>Recursos materiales</i>			
<i>Material fungible</i>	3,99€	2	7.98€
-Paquete de 100 folios A4 de 80 gr.	4,10€	2	8,20€
-Paquete de 10 bolígrafos Bic color azul	5,40€	2	10,80€
-Paquete de 10 lápices de escribir	0,33€	10	3,30€
-Gomas de borrar Milan 420	13,99€	1	13,99€
-Tóner impresora blanco y negro	17,99€	1	17,99€
-Tóner impresora color	3,99€	2	7,98€
-Rotuladores de pizarra magnética	3,52€	2	7,04€
-Paquete de lápices de colores Alpino			
<i>Material inventariable</i>			
-Escala MMSE	45,48€	1	45,48€
-Altavoz de radio	69.99€	1	69,99€
-Pendrive 64GB	17,99€	1	17,99€
-Impresora multifunción inalámbrica	160,99€	1	160,99€
-Pizarra magnética	14,30€	1	14,30€
-Borrador de pizarra magnética	3,80€	2	7,60€
-Pelota mediana	2,90€	11	31,90€
-Pack de 2 sacapuntas Staedtler	1,32€	2	2,64€
-Alquiler de sillas	5€	10	50€
-Alquiler de escenario	475€	1	475€
-Alquiler de altavoces y micrófonos	200€	2	400€
			Subtotal 2: 1.353,17€
<i>Otros gastos</i>			
-Regalos	15€	2	30€
-Imprevistos	50€	1	50€
			Subtotal 3: 80€
			Total: 7.763,97€

Anexo 18. Hoja de registro.**HOJA DE REGISTRO SOBRE LAS ACTIVIDADES IMPARTIDAS***Elaboración propia*

A continuación, responde a cada uno de los presentes indicadores en función de las actividades que se han llevado a cabo:

Número de la actividad:		
Indicadores	Valoración	
	Sí	No
¿La actividad se ha llevado a cabo en la fecha estimada?		
¿La actividad se ha llevado a cabo durante la duración estimada?		
¿Se han empleado los recursos materiales previstos?		
¿Se ha necesitado de otros recursos materiales? <i>Si la respuesta es afirmativa, escriba cuáles han sido los materiales que se han necesitado:</i>		
¿Las actividades se han realizado a cabo con los profesionales acordados y las profesionales acordadas?		
¿Se ha necesitado la ayuda de otro u otra profesional? <i>Si la respuesta es afirmativa, indique cuáles han sido los profesionales y las profesionales que han intervenido:</i>		
¿La actividad ha cumplido con los objetivos propuestos?		
¿Han asistido todos los usuarios y todas las usuarias a la actividad? <i>Si la respuesta es negativa, indique el motivo:</i>		
¿Se han tenido en cuenta las necesidades de cada usuario y de cada usuaria, adaptando las actividades a estas mismas?		
¿El espacio donde se ha llevado a cabo las actividades ha sido el adecuado?		
¿La actividad se ha adecuado a los contenidos?		
Valora del 1 al 5 la satisfacción con la presente actividad:		
Observaciones:		